



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ANO DE 2026 - PSRM 2026

EDITAL Nº 1 - COREME/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2025

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

ENDOCRINOLOGIA, GERIATRIA, ONCOLOGIA CLÍNICA, PNEUMOLOGIA

2 de novembro de 2025

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Este Boletim contém a **PROVA OBJETIVA**.
- 3 O Boletim de Questões consistirá de **20 (vinte) questões** de múltipla escolha, de Conhecimentos Específicos em **Clínica Médica**. Cada questão objetiva apresenta **5 (cinco) alternativas**, identificadas por **(A), (B), (C), (D)** e **(E)**, das quais apenas uma é correta.
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o **Cartão-Resposta**, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no **Cartão-Resposta**. Em caso de divergência, comunique imediatamente o fiscal de sala. O **Cartão-Resposta** só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 6 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o **Cartão-Resposta** que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do **Cartão-Resposta**.
- 7 A marcação do **Cartão-Resposta** deve ser feita com **caneta esferográfica de tinta preta ou azul**.
- 8 No **Cartão-Resposta** não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis, ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 9 O **Cartão-Resposta** será o único documento considerado para a correção. O **Boletim de Questões** deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 10 O tempo disponível para esta prova é de **quatro horas**, com início às **14h30min** e término às **18h30min**, observado o horário de Belém/PA.
- 11 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, **duas horas** após o início da prova.
- 12 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o **Boletim de Questões** e o **Cartão-Resposta**, e assinar a Lista de Presença.
- 13 O candidato poderá levar o Boletim de Questões restando 30 minutos para o término da prova.

Boa Prova!



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 20.

CLÍNICA MÉDICA

- 1** A tomografia computadorizada de baixa radiação está indicada como método de rastreo para o seguinte perfil de pacientes:
- (A) Pessoas ex-tabagistas com carga tabágica acima de 10 maços/ano e com idade acima de 55 anos.
 - (B) Fumantes ou ex-fumantes com mais de 55 anos, um histórico de tabagismo intenso (20 maços/ano).
 - (C) Fumantes passivos e com história familiar de câncer de pulmão.
 - (D) Fumantes ou ex-fumantes com mais de 65 anos, um histórico de tabagismo intenso (30 maços/ano) e/ou histórico familiar de câncer de pulmão.
 - (E) Pessoas ex-tabagistas com carga tabágica acima de 20 maços/ano e com idade acima de 55 anos.
- 2** Sobre a síndrome de compressão medular (SCM), é INCORRETO afirmar:
- (A) Caso não haja contraindicações, a corticoterapia deve ser instituída imediatamente. Recomenda-se o uso de uma dose de ataque de 10 mg endovenoso, seguida de 4 mg a cada 6 horas, enquanto o tratamento definitivo é planejado.
 - (B) Surge mais comumente na coluna torácica. Aproximadamente 60 a 70% dos casos ocorrem na coluna torácica, 20 a 30% na coluna lombossacral e 10% na coluna cervical. Essas porcentagens são aproximadamente proporcionais aos volumes combinados dos corpos vertebrais em cada região.
 - (C) A maioria dos pacientes apresenta dor como sintoma inicial, antes do início da disfunção sensorial, motora ou intestinal e da bexiga. O reconhecimento e o tratamento tardios podem resultar no desenvolvimento ou progressão de déficits neurológicos.
 - (D) Os doentes com dor mecânica intensa, sinais ou sintomas de comprometimento neurológico ou suspeita de instabilidade devem ficar em repouso no leito até que a estabilidade da coluna seja avaliada adequadamente. Não se deve fazer mudança de decúbito do doente, mesmo com alto risco de formação de úlceras de pressão.
 - (E) O diagnóstico rápido, realizado no início dos sintomas, é fundamental para um desfecho adequado. Para tanto, um Raio X em duas incidências costuma ser suficiente para um diagnóstico preciso.
- 3** Sobre o rastreo do câncer colorretal, é INCORRETO afirmar:
- (A) Algumas lesões colorretais pré-cancerosas e cânceres podem ser difíceis de detectar devido ao seu contorno ou localização. Lesões planas ou depressivas podem ser difíceis de detectar por colonoscopia, mas são pelo menos tão propensas a representar lesões pré-cancerosas avançadas ou câncer colorretal quanto lesões elevadas ou polipoides.
 - (B) Os riscos do procedimento de colonoscopia incluem a possibilidade de perfuração, sangramento grave e infecção. O risco de perfuração é aumentado por comorbidades, idade avançada, polipectomia e endoscopistas menos experientes. Em pacientes frágeis, o preparo intestinal pode causar desidratação ou distúrbios eletrolíticos.
 - (C) Inicia-se o rastreo aos 50 anos em adultos com risco médio; esta abordagem equilibra os benefícios da detecção e prevenção com o fardo para o paciente e o risco de danos decorrentes do rastreo.
 - (D) O momento da colonoscopia de vigilância subsequente é baseado nos resultados da primeira colonoscopia. Caso não sejam encontrados adenomas na primeira colonoscopia de vigilância, a próxima deve ser realizada entre cinco a dez anos.
 - (E) A principal desvantagem da sigmoidoscopia é que ela examina apenas a porção distal do cólon. Quarenta e cinco por cento dos cânceres colorretais estão no lado direito do cólon e podem não ser detectados em uma sigmoidoscopia.



- 4** Sobre sarcoma de Kaposi (SK), analise as afirmativas abaixo.
- I. É uma doença angioproliferativa que requer infecção pelo vírus herpes humano 8 (HHV-8), também conhecido como vírus herpes associado ao sarcoma de Kaposi (KSHV), para seu desenvolvimento.
 - II. O envolvimento pulmonar parenquimatoso geralmente se manifesta clinicamente por dispneia, hipoxemia e tosse seca que se desenvolvem ao longo de algumas semanas. Hemoptise, febre, fadiga e, ocasionalmente, insuficiência respiratória também podem ocorrer.
 - III. A maioria dos casos de sarcoma de Kaposi pós-transplante ocorre em indivíduos de ascendência mediterrânea, judaica, árabe, caribenha ou africana. Isso se deve à distribuição geográfica do herpes-vírus humano tipo 8 (HHV-8). O tempo médio de apresentação é de 13 a 21 meses após o transplante.
 - IV. O tratamento sistêmico com terapia antirretroviral combinada potente (TARV) é recomendado para todos os pacientes com SK relacionado à AIDS. A necessidade de tratamento além da TARV e a escolha entre as várias opções dependem da extensão da doença, da rapidez do crescimento do tumor, da carga viral do HIV, da contagem de células CD4 e da condição médica geral do paciente.

Estão corretas as afirmativas

- (A) I, II, III e IV.
(B) I, II e IV, apenas.
(C) II e IV, apenas.
(D) I, III e IV, apenas.
(E) I, II e III, apenas.
- 5** Uma paciente de 54 anos foi internada por tosse, desconforto respiratório e aumento do volume abdominal. Está em acompanhamento conjunto com a equipe de cuidados paliativos realizando paracentese de alívio devido à ascite. É portadora de câncer de ovário com metástases para peritônio. Após a realização de tomografia de tórax e abdômen com contraste, observou-se trombo em tronco da artéria pulmonar esquerda de aspecto recente. A equipe médica não teve dúvida quanto à melhor condução do caso, após a análise do exame laboratorial: anemia: Hb 8,7 g/dl, leucócitos e coagulograma normais, plaquetas: 88 mil e função renal normal. A paciente estava estável e era eutrófica, não havendo histórico de sangramento recente. Prontamente, a equipe
- (A) deu parecer à cirurgia vascular para colocação de filtro de veia cava.
(B) realizou aplicação de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) 1 mg/kg de 12/12h por 5 dias e, posteriormente, início de warfarina.
(C) iniciou o uso de apixabana 10 mg (2 vezes ao dia) durante 7 dias seguido de 5 mg (2 vezes ao dia) enquanto atividade de neoplasia ou até aumento do risco de sangramento.
(D) decidiu que o tratamento seguirá ambulatorialmente com rivaroxabana 20 mg por dia nas três primeiras semanas; posteriormente, rivaroxaban 15 mg (1 vez ao dia) por pelo menos 6 meses ou até cessar fator provocador da trombose.
(E) observou que, pelo risco de sangramento elevado, a melhor estratégia é manter enoxaparina de baixo peso molecular em dose reduzida (1x ao dia) pela plaquetopenia e suspender imediatamente em caso de sangramento.
- 6** Homem de 72 anos, agricultor aposentado, ex-tabagista, etilista crônico, apresenta tosse produtiva há 3 semanas, febre diária, emagrecimento e escarro purulento de odor fétido. No exame físico: dentes em mal estado de conservação, murmúrio vesicular diminuído em base direita, estertores grossos e roncosp. TC de tórax mostra lesão cavitada em lobo inferior direito com nível hidroaéreo.
- O diagnóstico mais provável ao caso é
- (A) abscesso pulmonar por aspiração.
(B) carcinoma broncogênico com necrose central.
(C) tuberculose pulmonar cavitária.
(D) pneumonia necrosante por *Staphylococcus aureus*.
(E) granulomatose com poliangeíte.

- 7** O principal mecanismo etiopatogênico envolvido na pneumonia de hipersensibilidade é a
- (A) colonização viral crônica com destruição direta dos pneumócitos tipo II.
 - (B) deposição de colágeno difusa na matriz extracelular alveolar.
 - (C) resposta imune mediada por hipersensibilidade do tipo III e IV a antígenos inalatórios, levando à inflamação alveolointersticial.
 - (D) infiltração neoplásica difusa do interstício pulmonar por células malignas.
 - (E) deficiência congênita de alfa-1 antitripsina com destruição enzimática do parênquima.
- 8** O exame complementar que confirma o diagnóstico de asma em caso de suspeita clínica é o
- (A) teste da caminhada de 6 minutos.
 - (B) gasometria arterial com hipoxemia.
 - (C) espirometria demonstrando variação significativa de VEF1 ou de CVF.
 - (D) tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR).
 - (E) broncoscopia com biópsia da mucosa.
- 9** Paciente comparece queixando febre, tosse produtiva com expectoração mucopurulenta de início há 1 semana com eliminação de sangue no escarro. Questionado, afirma passado de tratamento para tuberculose. Realizada radiografia de tórax (abaixo).



- A melhor conduta terapêutica para este paciente neste momento é
- (A) iniciar esquema básico para tuberculose.
 - (B) iniciar antibioticoterapia e pedir pesquisa e cultura para BAAR no escarro.
 - (C) solicitar tomografia computadorizada do tórax.
 - (D) solicitar broncoscopia com lavado broncoalveolar.
 - (E) solicitar cultura para germes inespecíficos no escarro.
- 10** Paciente masculino, 68 anos, ex-tabagista (50 maços-ano), diagnosticado com DPOC GOLD II. Relata dispneia aos esforços moderados (mMRC 2), duas exacerbações no último ano (uma com necessidade de antibiótico e corticoide oral). Encontra-se em acompanhamento ambulatorial e usa broncodilatador de curta duração apenas quando necessário.
- De acordo com as diretrizes GOLD, a melhor conduta terapêutica neste caso é
- (A) manter apenas broncodilatador de curta duração conforme necessidade.
 - (B) iniciar corticoide inalatório em monoterapia.
 - (C) introduzir broncodilatador de longa duração (LAMA ou LABA).
 - (D) introduzir associação LABA + LAMA.
 - (E) iniciar terapia tripla (LABA + LAMA + corticoide inalatório).



- 11** Uma mulher de 79 anos, advogada aposentada, hipertensa e diabética, vem em consulta médica acompanhada da filha com queixa de esquecimento progressivo há 2 anos. A filha relata que a mãe repete as mesmas perguntas várias vezes, esquece compromissos e tem dificuldade em lidar com as finanças da casa, atividade que desempenhava antes com autonomia. Sem queixas de humor e não há história de abuso de álcool ou medicamentos psicotrópicos. Ao exame físico: Pressão arterial 130x80 mmHg, sem déficits neurológicos focais. O rastreio cognitivo tem MiniExame do Estado Mental (MEEM) = 22/30, com prejuízo na evocação das três palavras e na orientação temporal.

Considerando a investigação inicial da síndrome demencial nesta paciente, a conduta mais adequada ao caso é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de crânio como exame inicial obrigatório, mesmo sem sinais focais.
- (B) solicitar ressonância magnética de crânio apenas se houver piora rápida do quadro cognitivo.
- (C) iniciar donepezila sem investigação laboratorial, visto que a clínica é compatível com demência.
- (D) encaminhar diretamente para neurologista após confirmação no MEEM, sem necessidade de exames complementares.
- (E) realizar rastreio laboratorial com vitamina B12, VDRL, TSH, hemograma, função renal entre outros, além de exame de neuroimagem.

- 12** Mulher de 78 anos, hipertensa, obesa (IMC 32 kg/m²) e portadora de fibrilação atrial. Apresenta sintomas de dispneia aos esforços, que a limitam em atividades simples, classificada como Classe III de NYHA, perfil hemodinâmico B. Recentemente, foi diagnosticada com insuficiência cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP), com um escore H2FPEF de 9. Ao exame físico: PA 180x110 mmHg e FC média de 120 bpm, arritmica, com crepitações pulmonares em base, além de edema de membros inferiores de 2+/4+.

**Laboratório: NT pro BNP elevado (998 pg/ml), TFG de 60ml/min e potássio de 4 mEq/l.

**Eletrocardiograma (ECG): fibrilação atrial com resposta ventricular irregular, sem evidências de bloqueios de ramo ou outras anormalidades significativas.

**Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada ($\geq 50\%$), com hipertrofia ventricular esquerda e função diastólica alterada, do tipo pseudonormal, além de aumento do átrio esquerdo (52mm). PAP 45mmHg, strain global longitudinal -16% e E/e' 12.

Considerando o caso clínico apresentado, as diretrizes atuais e os trials mais recentes sobre o manejo da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP), é correto afirmar:

- (A) O tratamento inicial deve incluir a introdução de beta-bloqueadores e inibidores da ECA, independentemente da presença de fibrilação atrial. Dapaglifozina ou empaglifozina seriam alternativas, caso não houvesse resposta clínica.
- (B) O uso de furosemida é contraindicado nessa paciente, pois pode precipitar desidratação e piora da função renal.
- (C) Os anticoagulantes orais diretos (DOACs) são recomendados para a prevenção de eventos tromboembólicos em paciente com fibrilação atrial e ICFEP.
- (D) A semaglutida não é indicada para pacientes com ICFEP fenótipo obesidade, pois não há evidências de benefícios em termos de qualidade de vida ou capacidade funcional.
- (E) O controle rigoroso da pressão arterial é considerado menos importante em pacientes com ICFEP e fibrilação atrial, já que a fração de ejeção está preservada.



- 13** Um homem de 72 anos, ex-engenheiro civil, viúvo há 8 meses, é levado ao consultório pela filha devido a isolamento progressivo, perda de interesse por atividades antes prazerosas, queixas de insônia, falta de energia e perda ponderal nos últimos 2 meses. O paciente refere “esquecimento frequente” e dificuldade para se concentrar. Exame físico sem alterações. No MiniExame do Estado Mental (MEEM) = 24/30.

Considerando o quadro clínico, a conduta inicial mais apropriada é

- (A) diagnosticar demência, visto que o MEEM está abaixo do ponto de corte.
- (B) solicitar exame de imagem de crânio como prioridade, para excluir causas estruturais.
- (C) considerar diagnóstico de depressão, realizar rastreio com Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e iniciar tratamento adequado.
- (D) prescrever benzodiazepínico para insônia e reavaliar em 6 meses.
- (E) solicitar avaliação neuropsicológica detalhada antes de qualquer conduta.

- 14** Homem de 69 anos, ex-tabagista (20 maços-ano) parou há 3 anos, procura avaliação médica mesmo sem queixas, para avaliação preventiva. Nunca realizou exames para aneurisma de aorta. Em relação a esse paciente, a recomendação atual para rastreio de aneurisma de aorta abdominal (AAA) é a seguinte:

- (A) Solicitar ultrassonografia abdominal única para esse rastreio.
- (B) O exame inicial a ser solicitado é a angiotomografia de aorta abdominal.
- (C) Não há indicação de rastreamento de AAA para idosos.
- (D) Solicitar TC de abdome apenas se houver dor abdominal.
- (E) Solicitar ultrassonografia abdominal anualmente para essa finalidade.

- 15** Homem de 52 anos, assintomático, realizou colonoscopia de rastreamento que evidenciou um pólipó hiperplásico em sigmoide distal, menor que 10 mm. Realizada a polipectomia. A mucosa colônica restante estava normal. Não tem fatores de risco pessoais ou familiares para câncer cólon retal. O exame foi realizado obedecendo aos critérios de colonoscopia de alta qualidade.

Nesse caso, em relação à colonoscopia, é correto afirmar que deverá ser

- (A) repetida em seis meses.
- (B) repetida em um ano.
- (C) repetida em três a cinco anos.
- (D) repetida em dez anos, realizar segmento usual.
- (E) solicitada nova colonoscopia somente se surgirem sintomas.

- 16** A internação de pacientes com alterações glicêmicas é frequente. Considerando as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025) sobre a hiperglicemia hospitalar em pacientes não críticos, é correto afirmar:

- (A) Quando necessário esquema de insulinoterapia, é recomendado o uso de insulina basal associado a bolus pré-prandiais para o tratamento de hiperglicemia persistente em pacientes hospitalizados não críticos, por estar relacionado ao melhor controle glicêmico, redução de desfechos desfavoráveis e tempo de internação.
- (B) Quando iniciado ou modificado o esquema de insulinoterapia, deve-se aguardar entre 4 e 5 dias para ajuste da insulina de acordo com monitorização de glicemia e características clínicas do paciente.
- (C) Deve-se realizar teste de cetonemia capilar ou cetonúria apenas em pacientes com glicemias acima de 500 mg/dL, com sinais ou sintomas sugestivos de cetoacidose.
- (D) Em pacientes em uso de glicocorticoide sem associação com o diagnóstico prévio de diabetes mellitus, não é recomendado realizar glicemias capilares diariamente.
- (E) Não há evidências que respaldem a possibilidade do uso de inibidores da dipeptidil peptidase 4 (IDPP-4) em pacientes não críticos que apresentem hiperglicemia leve (180-200mg/dL), desde que ajustados para a função renal, se necessário.



- 17** Mulher, 45 anos, apresenta quadro de aumento de região cervical, realizou exames de TSH e T4livres dentro da normalidade e uma ultrassonografia cervical que evidenciou nódulo em lobo esquerdo da tireoide com 1.6cm em seu maior diâmetro classificado como TIRADS 3. Segundo a Associação Americana de Tireoide e classificação de TIRADS, a conduta correta para essa paciente deve ser o(a)
- (A) realização de cintilografia de tireoide.
 - (B) indicação imediata de tireoidectomia parcial.
 - (C) prescrição de levotiroxina.
 - (D) seguimento ultrassonográfico da tireoide em um ano.
 - (E) indicação de realizar imediatamente punção aspirativa do nódulo tireoidiano guiado por ultrassonografia.
- 18** Homem com 19 anos procura o consultório por notar ausência de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, bem como ausência da libido, e disfunção erétil. Questionado sobre os demais sistemas, informa que não sente cheiros (não tem olfato) e apresenta alteração renal. Refere histórico familiar de irmão com quadro clínico semelhante que faz uso de reposição de testosterona. Trouxe exames de LH, FSH e testosterona total abaixo do valor de referência. Considerando o quadro clínico acima, o diagnóstico mais provável é o de
- (A) síndrome de Prader-Willi.
 - (B) síndrome de Kallmann.
 - (C) hipertireoidismo.
 - (D) síndrome de Cushing.
 - (E) acromegalia.
- 19** O tratamento do diabetes mellitus tipo 2 tem evoluído e cada vez mais vem apresentando características relacionadas ao perfil clínico individual. Considere o caso de um paciente com 66 anos, com risco cardiovascular muito alto, sem sobrepeso e sem obesidade, recém-diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2 e ainda sem uso de nenhum medicamento, com hemoglobina glicada de 7.2%. De acordo com a Diretriz Brasileira de Diabetes, a melhor conduta medicamentosa para o paciente é
- (A) iniciar monoterapia com metformina.
 - (B) iniciar monoterapia com inibidor da SGLT-2.
 - (C) iniciar terapia dupla com análogo do GLP-1 e metformina.
 - (D) iniciar terapia dupla com sulfonilureia e pioglitazona.
 - (E) iniciar insulino terapia.
- 20** Paciente sexo feminino, com 25 anos, tem diagnóstico de hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto desde os 16 anos de idade, vem à consulta de seguimento e traz consigo resultado de exames: TSH: 10,2mUI/L (valor de referência: 0,4 e 4,0 mUI/L) e T4livre: 0,68 ng/ dl (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). Paciente em uso regular de levotiroxina 75mcg/dia e pesa 60kg. Sobre o caso clínico, a conduta correta a ser tomada é
- (A) manter dose da levotiroxina.
 - (B) iniciar a reposição associada de T3.
 - (C) aumentar a dose de levotiroxina.
 - (D) realizar teste de absorção de levotiroxina.
 - (E) reduzir a dose de levotiroxina.